

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928 - 1929 — N° 4

COEXISTENCE DU KYSTE DE L'OVAIRE ET DU PYOSALPINX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Novembre 1928

PAR

François-Louis DAVID

Né à GLOMEL (Côtes-du-Nord), le 13 Juillet 1904

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.....	
		CREYX, agrégé.....	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928 - 1929 — N° 4

COEXISTENCE DU KYSTE DE L'OVAIRE ET DU PYOSALPINX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 21 Novembre 1928

PAR

François-Louis DAVID

Né à GLOMEL (Côtes-du-Nord), le 13 Juillet 1904

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
	SABRAZÈS, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	GREYX, agrégé.....	
	CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU.
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique d'accouchements.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Anatomie.....	ANDÉRODIAS.	Clinique médicale des maladies des enfants...	CRUCHET.
Anatomie générale et histologie...	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale...	DENIGÈS.
Physiologie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	BONNIN.
Médecine légale et déontologie...	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires....	DUVERGEY.
Chimie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Botanique et matière médicale...	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique	FOURMENT.		LOUBAT.
	GREYX.	Obstétrique.....	PÉRY.
	N.		FAUGÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie...	JOULIA.
	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et Parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MÈRE - A MON PÈRE

*En témoignage de ma plus grande
affection et de ma reconnaissance infinie.*

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES NEVEUX - A MES NIÈCES

*En témoignage de ma plus vive
affection.*

A MES AMIS LE LOSTEC ET NICOLAS

*En souvenir de nos communes années
d'études.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVREL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE RENNES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MON JURY DE THÈSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Hommages respectueux.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, nous profitons de la soutenance de notre thèse pour remercier tous ceux qui contribuèrent par leur enseignement à notre éducation médicale. Nos remerciements iront tout d'abord à nos Maîtres de l'Ecole de plein exercice de Médecine de Rennes et plus particulièrement à M. le Docteur CHEVREL, à qui nous devons la plupart de nos connaissances en médecine infantile.

Plus spécialement nous remercions M. le Professeur GUYOT pour l'aimable accueil qu'il nous a réservé à notre arrivée à Bordeaux et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

COEXISTENCE DU KYSTE DE L'OVAIRE ET DU PYOSALPINX

INTRODUCTION

La coexistence d'un kyste de l'ovaire suppuré et d'un pyosalpinx étant une chose rare, il ne faut pas s'étonner du petit nombre de publications à ce sujet. Toutefois, dans l'étiologie de la suppuration des kystes ovariens, les auteurs signalent comme cause probable l'infection possible par une trompe malade du voisinage.

Cette coïncidence pathologique, bien que rare, est cependant signalée dans les ouvrages du siècle dernier qui vit apparaître l'étude méthodique des kystes de l'ovaire et un grand progrès dans leur traitement.

En 1878, Rœberlé étudie longuement, dans son « Traité des maladies des ovaires », l'étiologie et les symptômes de la suppuration des kystes, et insiste sur l'urgence de l'intervention.

Olstrausen, en 1886, dans « Kraukleiten der Ovarien », étudie la pathogénie et attribue la suppuration aux adhérences avec les organes voisins, surtout après la torsion du pédicule.

Péan, en 1890, dans ses « Leçons cliniques », discute la pathogénie et les symptômes de la suppuration des kystes de l'ovaire. La même année, le Professeur Porri, dès la pre-

mière édition de son ouvrage, signale dans un court paragraphe les causes probables de l'infection des kystes ovariens et croit : « à l'infection possible par adhérences avec les trompes dans les cas de pyosalpinx ».

En 1891, Delbet, se basant sur 55 observations de kystes ovariens suppurés publiés jusqu'à cette époque, traite méthodiquement (suppurations pelviennes chez la femme) les causes de la contamination. Il admet la propagation de l'infection d'une trompe infectée à un kyste de l'ovaire, et il cite à l'appui le cas de Goodell où le kyste de l'ovaire avait dû sa suppuration à un pyosalpinx voisin.

Chogon (thèse de Lyon, 1893) étudie les adhérences entre les kystes de l'ovaire et l'appendice d'une part et entre les kystes et les annexes d'autre part.

En 1897, Henricius de Helgsinfor (Finlande), au sujet d'un cas de kyste de l'ovaire suppuré, conclut en fixant aux agents pathogènes quatre voies d'introduction : sanguine, péritonéale, lymphatique et tubaire.

Theophilidis (thèse de Montpellier, 1902), traitant la suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire, croit à l'infection possible du kyste par un pyosalpinx. L'année suivante, Sergueeff, de Montpellier, étudie le mécanisme de l'infection dans le cas de contamination salpingienne.

Ainsi donc, cette possibilité d'infection d'un kyste ovarien par un pyosalpinx fut admise par les uns et rejetée par les autres. Pour les raisons que nous développerons plus loin, nous pensons que le kyste trouve dans un foyer d'infection du voisinage les conditions les plus favorables à la suppuration, mais que celle-ci, malgré tout, ne se produit pas toujours.

Nous apportons à l'appui de notre thèse 8 observations dont les trois premières inédites et dues à la bienveillance de M. le Professeur Guyot. Ces observations, dont M. le Professeur Guyot a bien voulu nous confier la présentation, nous paraissent à tous points de vue très intéressantes : les constatations opératoires, les examens bactériologiques

et cytologiques pratiqués après l'opération en font des documents très complets. Après quelques considérations pathologiques, anatomiques et cliniques, nous discuterons les arguments qui peuvent servir de base pour savoir s'il faut, dans le cas de coexistence de kyste de l'ovaire suppuré et de pyosalpinx, considérer ces deux phénomènes morbides comme indépendants l'un de l'autre, chacun évoluant pour son propre compte, ou envisager la contamination possible du kyste par le pyosalpinx.

Nous terminerons par quelques conclusions pratiques en ce qui concerne les indications opératoires.

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie.

Les conditions les plus favorables à la contamination semblent se trouver réunies dans le cas de coexistence d'un pyosalpinx et d'un kyste de l'ovaire. En effet, nous avons un foyer purulent au voisinage d'une tumeur dont le contenu constitue un excellent bouillon de culture pour les éléments pyogènes. Et cependant cette contamination, qu'il serait logique de considérer comme fatale, ne se produit pas toujours. L'existence d'un pyosalpinx au voisinage d'un kyste de l'ovaire n'est pas nécessairement, pour ce dernier, une cause de suppuration. Et, d'une façon générale, quelle que soit la cause de l'infection d'un kyste de l'ovaire, qu'il s'agisse d'une infection appendiculaire, tubaire ou autre infection du voisinage ou à distance, il est à remarquer le peu de fréquence des kystes suppurés de l'ovaire en égard à la quantité considérable de kystes dont l'évolution reste indéfiniment aseptique. Quelquefois même il arrive que certains kystes placés dans les conditions de suppuration les plus classiques restent indemnes de toute contamination (obs. II, VII, VIII).

En effet, un kyste de l'ovaire peut naître au voisinage d'un pyosalpinx et évoluer normalement et pendant longtemps sans subir de complications infectieuses de la part de ce dernier. De même qu'il y a appendicite et kystes non suppurés, de même il peut y avoir coexistence de pyosalpinx et de kystes non suppurés : Jacquemaire (thèse de Lille, 1905, obs. VI) cite le cas d'un pyosalpinx double, très adhérent à un kyste de l'ovaire non suppuré ; Beaumelle

(thèse de Montpellier, obs. VII) cite un cas analogue : il est question d'un kyste hématique « intimement uni par des adhérences de pelvi-péritonite à un pyosalpinx voisin. Le kyste renfermait un gros caillot et ne présentait aucun phénomène de suppuration. Dans la *Société de Chirurgie de Bordeaux* de 1921, M. le Professeur Guyot publie un cas de « torsion chronique d'un kyste de l'ovaire non suppuré avec pyosalpinx du côté opposé ». Cette observation constitue un fait intéressant car, ainsi que nous l'expliquerons plus loin, la torsion du kyste et surtout la torsion chronique constitue une cause adjuvante à la suppuration. Le Moine (thèse de Lyon, 1902), traitant la « suppuration des kystes de l'ovaire », cite le cas d'un kyste accolé intimement à un pyosalpinx et où cependant la suppuration ne s'était pas produite. « Dans une laparotomie, dit-il, qui fut faite le 8 décembre 1900, M. Condamin, après incision de la paroi, arrive sur une masse dont l'enveloppe donne l'aspect d'un kyste. Il ponctionne cette tumeur au trocart. Au niveau de l'ouverture s'échappe un liquide clair, jaunâtre, tandis que par la canule s'échappe un pus blanchâtre, épais. Cet abcès paraît avoir pour siège la trompe, alors que dans le kyste était contenu un liquide jaune brun sous forte pression. On constate alors que kyste de l'ovaire et pyosalpinx se sont accolés l'un à l'autre ».

Mais cette coïncidence pathologique n'infirmes nullement l'hypothèse de l'infection d'un kyste ovarien par un pyosalpinx. Ici, d'ailleurs comme dans les autres modes d'infection, une seule cause souvent ne suffit pas, une véritable association est nécessaire.

Il peut même arriver, dans un ovaire polykystique, que l'infection se limite à une seule loge, laissant intacte la loge voisine (obs. I, III, IV). Dans ce cas, nous avons peut-être le droit de penser que le contenu bactéricole du kyste est devenu bactéricide grâce à une vaccination particulière ou à une agrégation moléculaire spéciale. Au fait, dans un kyste multiloculaire, quand les cloisons ne forment pas

barrière infranchissable (obs. I, IV) et que cependant les diverses loges ne suppurent pas simultanément, n'a-t-on pas un exemple clinique de l'état bactéricide possible d'une des parties du contenu kystique.

Ces réserves faites, il faut admettre qu'une tumeur kystique qui évolue parallèlement à un pyosalpinx peut, à un moment donné, devenir la proie de l'infection.

Mais, avant d'aborder la pathogénie de la suppuration, la première question à se poser est de savoir si le liquide kystique ordinaire, avant d'être infecté par les éléments étrangers, ne contient pas déjà en lui-même des microorganismes qui doivent fatalement le faire aboutir à la suppuration. Les faits cliniques répondent que non car autrement tous les kystes suppureraient. De plus, comment expliquer les cas de rupture dans le péritoine, se terminant sans réaction ni inflammation, sans phénomènes infectieux. Le liquide des kystes de l'ovaire est ordinairement aseptique (Auché et Chavannaz) et sa constitution chimique n'expose pas non plus en général à une intoxication grave. D'autre part, sur le terrain de l'expérimentation, les expériences faites par Chauffard et Widal ont démontré la parfaite asepsie du liquide kystique ordinaire.

En possession de cette vérité, nous pouvons affirmer que ce sont les éléments microbiens venus du dehors qui déterminent la suppuration des kystes de l'ovaire.

La suppuration demande l'intervention des microbes pyogènes. Par quelles voies ces micro-organismes arrivent-ils du pyosalpinx au kyste ?

Chauffard et Widal ont démontré l'imperméabilité absolue de la membrane kystique. Elle laisse passer comme un dialyseur les substances cristalloïdes et colloïdes et les produits solubles d'origine microbienne, mais s'oppose absolument au passage des microbes. L'infection de la cavité kystique est donc toujours secondaire : elle ne peut s'expliquer que par la fissuration de la paroi du kyste ; cette péri-kystite permet le passage des microbes. Les microbes pyo-

gènes, très divers, sont amenés par voie sanguine, voie lymphatique ou voie des adhérences.

Voie sanguine.— Les microbes, à la suite d'une effraction, peuvent pénétrer dans le torrent circulatoire et venir par voie artérielle dans le kyste, créant ainsi une véritable métastase microbienne. Ils peuvent également, par thrombo-phlébite, apporter l'infection au kyste. L'infection par voie sanguine, d'après Mongold, serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

Voie lymphatique. — Avec Bouilly, nous pensons au contraire que l'infection se fait la plupart du temps par voie lymphatique. Ce sont les conduits vateurs de la lymphe qui servent de canaux de propagation et permettent aux microbes introduits dans leur intérieur de parvenir jusqu'au hile du kyste. Normalement, l'ovaire et la trompe sont reliés par des connexions vasculaires importantes. Les vaisseaux lymphatiques qui émanent du pavillon de la trompe suivent le ligament latéral externe de l'ovaire et se jettent dans le plexus sous-ovarique. D'autre part, le réseau lymphatique qui recouvre la surface de l'ovaire communique largement avec celui du péritoine qui peut être lui-même le siège de poussées inflammatoires au cours de l'infection salpingienne.

Voie des adhérences. — Ces relations vasculaires et lymphatiques sont augmentées dans le cas où les organes voisins du kyste subissent un processus inflammatoire et contractent des adhérences avec lui. En effet, les adhérences sont très riches en vaisseaux sanguins et lymphatiques néoformés, et il est classique de citer l'observation de kystes de l'ovaire où le pédicule est rompu et le kyste continue cependant à vivre grâce aux adhérences par lesquelles se font les échanges nutritifs. Or, il est démontré que dans les cas de foyer de suppuration ou d'inflammation avoisinant la tumeur, les microbes pénètrent en suivant les vaisseaux qui siègent dans les adhérences. Dans les cas de kystes sup-

purés, l'analyse bactériologique permet de déceler dans les adhérences les microbes qui ont occasionné la suppuration du kyste.

Les adhérences, en effet, contribuent à la propagation de l'infection par les vaisseaux qu'elles créent et mettent à la disposition des micro-organismes. Olshausen, le premier qui parle d'infection intestinale jouant le rôle étiologique, dit que l'existence des adhérences est nécessaire et que sans elle la complication ne saurait survenir. Kealing et Coé sont du même avis. Bouilly met en doute ce mode d'infection. C'est à la suite de pèrisalpingite que les adhérences se forment, livrant ainsi passage aux germes de la suppuration.

Ces connexions normales et pathologiques qui existent entre un kyste ovarien et une trompe malade expliquent suffisamment la possibilité de la propagation de l'infection.

Nous admettons comme causes effectives de la suppuration du kyste les microbes venus du pyosalpinx, et nous avons étudié les voies qu'ils empruntent pour y arriver. Mais, à côté de ces causes immédiates, n'y en a-t-il pas qu'on pourrait appeler causes adjuvantes qui mettent le kyste en état d'infériorité de défense et facilitent son invasion par les agents de la suppuration. Nous répondons oui, et si dans quelques cas l'infection se fait sans cause appréciable, spontanément, il en est d'autres où il se trouve des faits qui prennent une part importante à la mise en action des éléments pyogènes.

La torsion du pédicule, en entravant la circulation et la nutrition du kyste, fournit un terrain favorable à la suppuration et peut combiner son action à celle de l'infection salpingienne (obs. VI). Par suite de l'apport de sang artériel, il se produit des phénomènes de stase et de compression qui ont pour effet d'amener la déchirure d'une veine de la paroi ou d'une cloison et de produire l'hémorragie intrakystique. Si le sang épanché contient quelques micro-organismes, les phénomènes d'inflammation et de suppuration vont se produire. Un traumatisme violent, en ame-

nant une hémorragie intrakystique et par destruction des éléments cellulaires, agirait dans le même sens.

L'ancienneté du kyste doit également entrer en ligne de compte. Il est bien certain, en effet, que lorsqu'un kyste se développe lentement, il a des chances, dans les différents stades de son évolution, par suite des frottements répétés, d'acquérir des connexions avec le pyosalpinx. L'épithélium du kyste se desquame; c'est le premier terme du processus; aussitôt après se produisent les adhérences qui, comme nous l'avons étudié plus haut, jouent un rôle important dans la propagation de l'infection. Aussi est-ce en raison de toutes ces considérations que les opérateurs actuels recommandent l'ovariotomie précoce. Signalons enfin, comme cause adjuvante, la nature du kyste lui-même. D'après Lejars « la suppuration, quelle qu'en soit la cause, semble trouver dans le kyste dermoïde un terrain plus favorable ».

Avant de terminer ce chapitre et d'en tirer des conclusions, il est logique de se demander à quel moment se fait la contamination dans le cas de coexistence d'un kyste ovarique avec un pyosalpinx. Il nous semble que c'est au moment des poussées aiguës de périsalpingite que l'infection a le plus de chances de se produire. A ce moment, en effet, les microbes restés latents dans le pyosalpinx récupèrent par suite de certaines circonstances une virulence exagérée. Dans la lutte antérieure que l'organisme leur a livrée, les plus forts ont résisté, il s'est fait une sélection. La congestion qui en résulte, en amenant une circulation sanguine et lymphatique plus intensive dans les organes et dans les vaisseaux des adhérences, favorise l'apport des microbes en plus grande quantité. Apport considérable de microbes, virulence exagérée de ces derniers, sont en toute infection les conditions les plus favorables à sa production.

La question que nous nous posons maintenant constitue le point intéressant de notre étude : dans le cas de coexistence de kyste de l'ovaire suppuré et de pyosalpinx, s'agit-il d'une simple coïncidence ou d'une complication vraie. Deux hypothèses sont possibles :

1° L'évolution contemporaine d'un kyste de l'ovaire suppuré et d'un pyosalpinx n'est qu'une simple coïncidence de phénomènes morbides ;

2° La suppuration du kyste est causée par les microbes venus du pyosalpinx.

Le laboratoire seul peut trancher la question par l'examen bactériologique du pus trouvé dans le kyste et de celui du pyosalpinx (obs. III). Mais il n'est pas rare que l'examen reste négatif au point de vue microbien et qu'on n'y trouve que des globules de pus et des débris cellulaires et non des éléments vivants. Il ne faudrait pas tirer de ce fait un argument contre l'origine infectieuse car nous savons que les microbes n'existent pas à toutes les périodes de l'affection qu'ils déterminent. Dans ce cas (ob. I), nous pouvons nous appuyer sur les caractères du pus et déduire d'une ressemblance au point de vue cytologique une même nature microbienne.

A défaut d'examens bactériologiques positifs, qu'il nous soit permis de faire cette constatation clinique : le nombre de kystes qui suppurent au voisinage d'un pyosalpinx. Pour établir un pourcentage, il faudrait évidemment beaucoup de cas que nous ne pouvons réunir dans cet ouvrage. Nous pouvons cependant dire que l'infection semble se produire dans 50 % des cas environ. Sur huit observations que nous apportons à cette étude, nous trouvons cinq kystes suppurés et trois non suppurés.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

A l'ouverture du ventre, on peut constater les modes les plus variés dans la complexité des lésions. Ordinairement, kystes de l'ovaire et pyosalpinx sont réunis entre eux et aux organes voisins par des adhérences. Ces adhérences, quand elles sont récentes, sont lâches et facilement décollables avec le doigt ; anciennes, elles sont épaisses, saignantes, et si solides qu'on est obligé de les couper entre deux ligatures (obs. III, IV, VI).

Pyosalpinx. — La trompe est dilatée, mais cette dilatation n'est pas uniforme et porte principalement sur les deux tiers externes. Son volume varie de la dimension d'un œuf de pigeon à une tête d'adulte. La trompe recouvre en général le kyste qui lui est intimement lié, le cravate en quelque sorte (obs. I, II, III, VI).

La muqueuse de la trompe peut n'offrir que des lésions superficielles, mais plus souvent elle est le siège d'altérations plus profondes. Les franges accolées sont refoulées par l'abondance du pus, parfois déchiquetées. Il y a une infiltration abondante de la paroi qui peut, dans certains cas, contenir de petits abcès. Cette infiltration n'est pas partout d'une égale épaisseur : elle est faible en arrière aux points correspondant généralement aux adhérences. La surface interne est grisâtre, irrégulière, bourgeonnante, et la cavité anfractueuse.

Kyste. — Le kyste atteint un volume plus ou moins grand. Son contenu varie suivant qu'il est ou non suppuré. Quand

il est suppuré, les faits anatomo-pathologiques consistent dans l'altération de ses parois et la substitution du pus au liquide ordinaire.

La paroi est mince ou épaissie, régulière ou non, de consistance inégale dans ses différentes parties, quelquefois ramollie et se laissant facilement déchirer. La paroi interne a un aspect velouté, grisâtre, et présente quelquefois des végétations. L'examen microscopique de la paroi montre que le plus souvent elle a conservé sa structure normale. L'épithélium de la face externe a cependant disparu, ce qui a permis la formation des adhérences. Dans la paroi même ainsi que dans les adhérences, on peut déceler la présence des agents pathogènes.

Etude du pus. — Le pus de la collection est épais, bien lié, avec parfois une odeur fétide parce que, par suite des adhérences avec l'intestin, il y a eu infiltration de colibacille (obs. III, V). Les débris d'épithélium de la muqueuse y abondent ; l'examen bactériologique décèle ou non la présence de microbes.

Lésions du voisinage. — Tout autour du pyosalpinx et du kyste, il se développe une inflammation parallèle du tissu conjonctif circum utérin aboutissant à une infiltration plastique du tissu cellulaire précervical. D'autre part, le péritoine qui enveloppe la trompe et l'ovaire participe à l'inflammation en créant des néomembranes déterminant des adhérences qui fixent la tumeur aux parties environnantes : paroi abdominale, épiploon, intestin, vessie, rectum. Ces adhérences peuvent être très étendues, puissantes, riches en vaisseaux.

CHAPITRE III

Étude clinique.

Nous n'allons pas faire ici une énumération fastidieuse des signes cliniques banaux, ce qui reviendrait à juxtaposer les symptômes d'un pyosalpinx et d'un kyste de l'ovaire avec les différentes modalités que leur combinaison peut présenter. Le diagnostic des deux affections est difficile à faire. Il n'est en général posé qu'après la laparotomie, celle-ci ayant été jugée nécessaire par l'attribution des accidents à une suppuration abdominale dont il a été impossible d'en fixer la cause.

La symptomatologie varie considérablement. Le plus souvent il s'agit d'une femme ayant eu des troubles anxieux antérieurs (obs. I, III, VI, VII) et chez laquelle l'existence du kyste est inconnue.

Quand le kyste suppure, la suppuration peut s'annoncer de plusieurs façons. Le plus souvent il n'y a pas de symptômes bruyants du côté de la séreuse péritonéale. Ce sont les accidents généraux et la fièvre qui apparaissent. On trouve une tumeur abdominale; on note de la fièvre accompagnée d'amaigrissement; la température oscille entre 38°5 et 39° avec des élévations vespérales; l'inappétence est complète avec nausées et vomissements (obs. III, VI).

La douleur, ici presque constante par suite des adhérences, affecte diverses modalités; tantôt elle survient par crise très violente, durant de 10 à 12 jours et s'atténuant considérablement par le simple repos au lit (obs. I, V, VI). Au bout d'un temps variable apparaît une nouvelle crise

qui peut avoir la même intensité, mais en général les douleurs deviennent progressivement plus fortes et le repos au lit n'arrive plus à les calmer (obs. I, III, VI). Dans l'intervalle des crises, on peut observer une rémission complète des accidents douloureux. Cette forme est la plus fréquente. Tantôt il peut y avoir une série de petites crises douloureuses, puis brutalement éclatent les accidents péritonéaux.

Le diagnostic des deux affections est plein de difficultés et est la plupart du temps une trouvaille opératoire, mais la gravité de l'erreur est diminuée par ce fait que presque toutes les affections avec lesquelles on peut les confondre réclament une intervention semblable. Laissées à elles-mêmes ces affections comportent un pronostic très grave ; par rupture dans le péritoine elles peuvent déterminer une péritonite mortelle. Dans le cas d'une ouverture dans le vagin, le rectum (obs. III, IV), il s'établit une interminable suppuration ; l'organisme finit par fléchir sous les dépenses énormes qu'entraîne cette suppuration, et la malade succombe dans la cachexie.

Traitement. — Nous n'avons pas à faire entrer dans le cadre de ce travail les nombreux procédés de technique opératoire proposés et appliqués. L'opportunisme est ici la règle. En présence de l'agencement des organes dans le ventre ouvert, des lésions qui se présentent, le chirurgien choisit la technique opératoire s'adaptant le mieux aux fins qu'il désire. Autant que possible on appliquera les règles de la chirurgie conservatrice et on s'adressera à l'oophoro-salpingectomie. Les indications sont nettes chez des jeunes femmes dans le cas de lésions unilatérales et bien circonscrites. Dans le cas de lésions bilatérales, on aura recours à l'hystérectomie abdominale.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.)

Due à la bienveillance de M. le Professeur Guyot.

Kyste suppuré de l'ovaire droit avec pyosalpinx. — Oophoro-salpingectomie. — Guérison.

M^{lle} D. P., 25 ans, domestique, entre à l'hôpital Boursier le 27 février 1928 parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Réglée à 13 ans ponctuellement et sans douleur dès le début. Ni enfant, ni fausse-couche. Grippe en 1918.

Histoire de la maladie. — Il y a un an, la malade a présenté pendant une dizaine de jours des crises douloureuses siégeant dans tout l'abdomen, plus spécialement dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans les lombes, l'épaule et la racine de la cuisse droite et s'accompagnant de fièvre, nausées, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Cette première crise se calme par le simple repos au lit.

Au début du mois de janvier 1928, aussitôt après ses règles survenues à leur date normale et ayant duré leur temps habituel, elle ressent une nouvelle crise, identique à la première ci-dessus décrite, mais un peu plus violente, et qui dure de dix à douze jours. Depuis cette dernière crise, la malade a continué à souffrir du ventre et à perdre en blanc, jaune ou rosé. Un médecin appelé diagnostique des crises d'appendicite

et l'envoie à M. le Professeur Guyot, aux fins d'une intervention. Elle est admise dans le service le 27 février 1928. Les dernières règles datent du 12 février, en avance de douze jours et très douloureuses. Tension au Pachon : maxima 14, minima 9.

Examen du 1^{er} mars. — Nous sommes en présence d'une jeune femme d'aspect robuste, le teint frais et coloré. Les différents appareils sont sains. La palpation de l'abdomen révèle un point de Mac-Burney un peu sensible.

Au toucher, on trouve un col normal, un utérus un peu rejeté à gauche, et dans le cul-de-sac droit une masse arrondie, de contours nets, indépendante de l'utérus et douloureuse. On pense alors à un kyste de l'ovaire droit avec appendicite.

Intervention le 2 mars. — Kyste de l'ovaire droit, pyosalpinx. Salpingo-ovarite gauche avec adhérences. Opération conservatrice : oo-salpingectomie droite, salpingolysis gauche, appendicectomie.

Dès le ventre ouvert, on aperçoit à droite une masse du volume d'une mandarine ; l'utérus paraît normal. A gauche, la trompe est normale dans son tiers interne, très dilatée dans ses deux tiers externes. Elle est entourée d'adhérences qui la réunissent au péritoine pelvien et à l'ovaire. Ces adhérences sont facilement libérées. Deux ligatures à leur niveau. Hémostase de tous les pédicules. Cautérisation au thermocautère de la section de la trompe droite. Appendicectomie par le procédé habituel. Fermeture du ventre en trois plans, drainage par drain.

Description de la pièce. — On est en présence d'un ovaire polykystique cravaté par une grosse trompe accolée. Dans cette trompe se trouve un pus crémeux, jaune verdâtre. Un kyste voisin de la trompe renferme un liquide purulent de même couleur, mais moins épais que celui de la trompe. Un deuxième kyste est rempli de liquide transparent.

Laboratoire. — On examine : 1° le liquide du pyosalpinx ; 2° le liquide du kyste suppuré ; 3° le liquide de l'autre kyste.

Premier examen. — Liquide crémeux opaque, jaune verdâtre. Forte réaction à polynéutrophiles. Nombreuses cellules mononucléées épithéliales ou lympho-conjonctives, de détermination impossible. Rien au point de vue microbien.

Deuxième examen. — Liquide de même aspect que le précédent, mais se séparant par le repos en deux couches ; l'une inférieure, épaisse, opaque, surmontée d'une autre transparente, liquide. Mêmes caractères cyto-bactériologiques que le liquide de la trompe.

Troisième examen. — Liquide clair, offrant un dépôt peu abondant, floconneux, blanchâtre.

Cytologie. — Dépôt amorphe, fibrineux ; absence de germes à l'examen direct.

Suites opératoires. — Normales. Ablation du drain le 4 mars. La malade sort guérie de l'hôpital le 28 mars.

OBSERVATION II (Inédite.)

Due à la bienveillance de M. le Professeur Guyot.

Torsion chronique d'un kyste de l'ovaire. — Pyosalpinx du côté opposé. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

L... M..., 26 ans, domestique, entre dans le service de M. le Professeur Guyot le 7 juillet, parce qu'elle souffre du bas-ventre.

Antécédents héréditaires. — Père, 60 ans, bonne santé. Mère morte à 42 ans (affection cardiaque).

Antécédents personnels. — Rougeole à 14 ans, réglée à 14 ans, règles normales. Mariée il y a 5 ans.

Histoire de la maladie. — Elle fait remonter le début de sa maladie à 4 ans. A cette époque, accouchement pénible (application de forceps) suivi de complications infectieuses. La malade est traitée au service de Canolle. L'enfant meurt à l'âge de six mois de méningite, selon le dire de la malade.

Depuis cet accouchement, douleur continue dans la fosse iliaque droite. La malade « sent sa fosse iliaque ». La douleur exagérée par la pression s'irradie vers la cuisse droite.

Crises douloureuses apparaissant chaque mois quelques jours avant les règles. La malade vomit, est obligée de prendre le lit pendant 2 ou 3 jours. L'apparition des règles met fin à la crise. Ces règles apparaissent régulièrement. Entre les règles, pertes jaunâtres empesant le linge.

A noter que, depuis le début de sa maladie, la malade a fait un second accouchement, accouchement provoqué à la sonde de Krause (bassin rétréci). L'enfant est vivant, en bonne santé.

Le 7 juillet, la malade entre à l'hôpital. Depuis six jours elle souffre d'une douleur vive et continue siégeant au bas-ventre, surtout à droite. Pertes verdâtres empesant le linge.

Examen. — L'état général est assez bon. Température 37° ; ventre régulièrement ballonné. Douleur à la pression, surtout à droite, sur une ligne qui réunit les deux épines iliaques.

Toucher vaginal. — Col déformé, cicatriciel, dirigé vers le rectum. Disparition du cul-de-sac antérieur. Corps gros, dur, derrière la symphyse pubienne. Mobilité latérale de l'utérus restreinte et douloureuse. A droite, masse peu distincte du corps de l'utérus remontant jusqu'à l'ombilic. Traitement : repos, glace sur le ventre, irrigation chaude des culs-de-sac.

Opération le 20 juillet. — Kyste à pédicule tordu et lésion de l'ovaire et de la trompe gauche. Hystérectomie subtotale.

A l'ouverture du ventre, tumeur noirâtre recouverte par l'épiploon adhérent. Elle a le volume d'une tête fœtale et soulève l'utérus en avant. A gauche, existence d'un pyosalpinx.

Premier temps. — Libération des adhérences. Castration utéro-annexielle de gauche à droite.

Deuxième temps. — La tumeur est décollée de bas en haut et enlevée avec l'utérus. Elle se sépare facilement de l'anse sigmoïde qui la cravatait sur sa face gauche.

Troisième temps. — Hémostase des pédicules, attouchement à l'éther. Péritonisation en unissant anse sigmoïde et péritoine vésical. Drainage de l'espace sous-péritonéal.

Suture de la paroi en trois temps.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION III (Inédite.)

Due à la bienveillance de M. le Professeur Guyot.

Kyste de l'ovaire gauche suppuré.

Double pyosalpinx. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

J... T..., 38 ans, artiste lyrique, entre dans le service de M. le Professeur Guyot le 21 mars 1928.

Antécédents héréditaires. — Mère bacillaire depuis un an et demi. La malade vit avec elle. Père inconnu.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein maternel. Rougeole, coqueluche dans l'enfance. Bronchites hivernales fréquentes. Régulée à 13 ans, bien dès le début ; règles abondantes. Une grossesse. Trois fausses-couches.

Première fausse-couche en 1906 : fausse-couche de deux mois et demi. Reste alitée huit jours. Suites normales.

Deuxième fausse-couche en 1906 : fausse-couche de cinq mois. Suites également banales. Ces deux avortements furent provoqués.

Grossesse en 1906-1907 : grossesse absolument normale, à part une pointe de pleurite au poumon droit. Accouchement rapide et facile d'un garçon à terme bien constitué pesant 4 kilogs. Allaitement maternel pendant deux mois. Levée 9 jours après l'accouchement. Règles survenues 40 jours après.

Troisième fausse-couche en 1907 : fausse-couche de deux mois provoquée. Un peu de fièvre nécessite le repos au lit pendant quinze jours. C'est depuis que la malade se plaint du ventre.

En 1915, se trouvant en Suisse, début de péritonite soignée dans une clinique par des applications chaudes. Depuis sa dernière fausse-couche de 1907, elle a des règles très abondantes, tournant parfois à l'hémorragie.

Histoire de la maladie. — Les règles d'août 1926 surviennent chez cette femme du 8 au 14. Le 14 au soir, hémorragie très abondante. Repos au lit, injections oxygénées chaudes. A la suite d'un toucher vaginal suspect, fièvre, frissons, fétidité des pertes. On transporte cette femme à l'hôpital Saint-André où M. le Docteur Dufour pratique un curettage utérin. Ce curettage réveille une poussée de température accompagnée de douleurs violentes dans le bas-ventre.

A partir de ce moment s'installe un état toxi-infectieux avec une fièvre oscillant entre 38 et 39°. La malade est prostrée, étendue dans son lit, sans pouvoir bouger : pâleur effrayante de la face et des muqueuses, anorexie complète. Le traitement institué : hémostyl, jus de viande, septicémine intra-veineuse, n'amène aucune amélioration. Au contraire, on voit apparaître un épanchement pleural bilatéral qui est ponctionné par deux

fois. Œdème généralisé, surtout important au niveau de la face qui devient énorme. Oligurie sans albuminurie concomitante. On sollicite l'avis de M. le Docteur Bousquet, qui l'admet dans son service. Là il provoque une débâcle urinaire qui fait fondre l'œdème et tente de remonter son état général à l'aide de deux petites transfusions de sang.

A cette époque, l'examen gynécologique de M. le Docteur Bousquet, confirmé par celui de M. le Professeur Bégouin, démontre l'existence d'un pyosalpinx gauche. La malade, après avoir refusé l'intervention qu'on lui proposait, rentre chez elle.

Elle a encore de la fièvre, parfois très élevée (39°5). Comme cette femme avait vécu plusieurs années aux colonies, un médecin appelé pense à une intoxication paludéenne et institue en novembre 1926 un traitement qui, joint à un repos à la campagne, amène une défervescence progressive qui est complète en avril 1927.

En juin 1927, apparaissent des pertes vaginales, jaunes, verdâtres, épaisses, très fétides, qui durent douze jours. En août, la malade est réglée après une absence de règles qui a duré un an. En octobre, apparition dans ses selles de membranes purulentes, de même coloration que ses pertes vaginales. Les règles de janvier 1928 ont duré un mois, avec une avance de huit jours. Règles de mars très douloureuses.

Le 21 mars 1928, elle entre dans le service de M. le Professeur Guyot. Tension artérielle au Pachon : maxima 13, minima 5 1/2.

Examen du 23 mars. — La palpation permet de déceler dans la fosse iliaque gauche une masse plutôt molle qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, on trouve un col petit, dur, un utérus assez gros, fortement déjeté à droite par une volumineuse masse fluctuante qui remplit le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac postérieur. A droite, on arrive à séparer du corps utérin une masse annexielle, plus petite qu'à gauche. Au toucher rectal, on sent cette même masse fluctuante.

Intervention le 3 avril. — Hystérectomie subtotal.

Dès le ventre ouvert, on saisit l'utérus et on l'attire en arrière. Le côté gauche étant complètement bloqué, on attaque à droite. Adhérences postérieures difficiles à libérer. On débute

par la section du ligament rond et du feuillet du ligament large. On a ainsi accès sur les annexes droites qui peuvent être isolées et sectionnées. A gauche, on libère l'épiploon adhérent au pyosalpinx entre deux ligatures. Comme ce côté n'est pas accessible, on sectionne le col de droite à gauche. Hémotase très soignée après assèchement à l'aspirateur qui a permis au cours de l'opération de libérer le contenu purulent et fétide de la poche gauche du volume de deux poings. Section de la lèvre postérieure du col ; drain vaginal. Mickulicz. Sutures.

Examen de la pièce. — Pyosalpinx double cravatant un kyste de l'ovaire gauche suppuré.

Examen du pus. — Cytologie : cytolyse presque complète des éléments.

Bactériologie. — Présence de deux germes : l'un ne prenant pas le Gram, du type colibacille ; l'autre prenant le Gram, entérocoque probable. Pas de bacille de Koch.

Suites opératoires. — La malade sort guérie de l'hôpital le 27 mai.

OBSERVATION IV

(Thèse de Sergueeff. — Professeur Tédénat.)

Kyste ovarique bilatéral. — Double pyosalpinx. — Suppuration du kyste. — Ablation. — Guérison.

M... R... entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 58 ans, d'une tumeur abdominale.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans ; menstruation régulière, durant 4 à 5 jours, d'abondance moyenne avec douleurs assez vives dans la région sacro-lombaire. Accouchement au forceps à 18 ans. Accouchement normal à 22 ans.

Depuis le second accouchement, souffrances habituelles dans les reins, le bas-ventre, les cuisses, plus vives à l'époque des règles qui durent 8 jours.

Il y a cinq ans, métrorragies pendant deux mois, accompagnées de vomissements, ballonnement du ventre.

Il y a trois semaines, difficultés pour uriner qui durent huit jours : fièvre, ballonnement du ventre, nausées et vomis-

sements, douleurs lancinantes dans les reins et le bas-ventre. On constate alors l'existence d'une tumeur plus développée du côté droit du ventre et atteignant presque l'ombilic.

A l'entrée à l'hôpital de la malade, on note une tumeur occupant la moitié droite du Douglas, rejetant l'utérus en arrière et à gauche. Col granuleux induré. Œdème du cul-de-sac postérieur. La tumeur est nettement fluctuante, douloureuse. A gauche, seconde tumeur analogue à celle de droite, dont elle est bien distincte mais plus petite. Son fond remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Le cul-de-sac gauche est induré et douloureux.

Pour calmer les accidents péritonéaux, d'ailleurs peu menaçants, application du maillot humide de Priessnitz. La malade rend peu d'urines : 500 à 600 grammes avec 0 gr. 50 d'albumine et 6 grammes d'urée. Pour augmenter la diurèse, elle prend le matin et le soir un lavement salé, à garder, de demi-litre.

Opération. — La laparotomie médiane est pratiquée le 22 juin.

La trompe droite adhère mollement à la paroi abdominale antérieure. Elle contient dans son tiers externe une collection de pus du volume d'un œuf de poule et adhère fortement à un kyste de l'ovaire droit, arrondi, ayant environ 25 centimètres de diamètre. Adhérences molles, récentes de l'intestin grêle à la partie postéro-supérieure du kyste. Elles sont facilement décollées et le kyste, avec le pyosalpinx lui adhérent, sont amenés au dehors. Section du pédicule au ras de l'utérus; thermocautérisation de la ligne de section qui est enfouie sous un surjet.

A gauche, kyste à paroi mince du volume d'une orange. A sa partie antéro-inférieure, on voit l'ovaire avec un corps jaune récent ; à sa partie postéro-supérieure est la trompe épaissie, adhérente, avec un pyosalpinx du volume d'une noix. Ablation comme pour le côté droit. Drainage au Mickulicz. Guérison complète le 28 juillet : ventre souple, indolore. Bon état général.

Examen des pièces. — Le kyste de l'ovaire droit forme une grande poche contenant 1 litre 1/2 de pus crémeux ayant la fétidité particulière du pus développé au voisinage de l'intestin.

Trois petites cavités kystiques dans l'épaisseur de la paroi. Masse solide du volume d'une grosse noix à la face interne, sur laquelle courent plusieurs travées, formant une saillie de 1 à 2 centimètres. La trompe a son pavillon fermé et adhérent à l'ovaire. Les franges sont fortement soudées entre elles et la surface du kyste ovarien. Pyosalpinx. Le kyste de l'ovaire gauche contient un litre de liquide séreux clair. La paroi est mince et sans papilles. Pus clair dans la trompe qui présente des nodules fibroïdes et multiples.

OBSERVATION V (Thèse Sergueeff.)

Kyste multiloculaire. — Pyosalpinx. — Suppuration du kyste. Opération. — Guérison.

M., A., domestique, entre dans le service le 22 décembre.

Il y a trois ans, tumeur occupant la partie inférieure gauche de l'abdomen. Elle augmente progressivement de volume sans douleur et devient peu à peu médiane. Il y a un an, ponction qui donne 8 litres de liquide jaune, clair, visqueux. Trois mois après, deuxième ponction de 5 litres, semblable à celui de la première ponction. Deux mois après, troisième ponction qui donne 4 litres de liquide couleur chocolat.

A la suite de la dernière ponction, la malade eut pendant dix jours des douleurs lancinantes dans le ventre, des nausées pénibles, du ballonnement. Elle entre à l'hôpital à cause de l'augmentation du volume de l'abdomen qui reste douloureux. Elle a aussi perdu l'appétit, a des petits frissons de temps en temps.

Rien à noter du côté de l'hérédité. Réglée à 13 ans ; menstruation irrégulière se prolongeant de 10 à 15 jours, supprimée depuis quatre mois. Non mariée, pas de grossesse.

A l'entrée de la malade, on note une tumeur arrondie avec quelques bosselures, un peu plus développée à gauche de la ligne médiane, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Un peu d'ascite. Pouls varie entre 90 et 110 pulsations. Température : 38° à 39°.

Opération le 18 décembre. — Ovarisation aseptique. Adhérences étendues à la paroi abdominale, fermes. Il y faut par

endroit employer les ciseaux et placer cinq ligatures. Adhérences molles à l'S iliaque. Pédicule long de 6 centimètres, large de 4, épais de 1. Nœud de Lawson-Tait. Section au thermocautère et péritonisation.

28 décembre. — Réunion parfaite. Apyrexie. La malade sort guérie de l'hôpital le 15 janvier.

Examen des pièces. — Une grande poche de 10 litres, contenant un liquide visqueux, couleur chocolat. A son intérieur, trois masses dont le volume varie d'une grosse noix à un œuf de poule, paraissant solides ; mais, à la coupe, on y voit de menus kystes à contenu jaune clair. Tractus fibreux disséminés et courts faisant saillie à la face interne de la paroi.

Cette poche est séparée par une cloison complète d'une autre poche de la contenance d'un litre, remplie de pus franc. La trompe, épaissie et contenant une collection purulente du volume d'une noix, adhère à cette poche purulente. C'est sur la grande cavité qu'avaient porté les ponctions. L'injection de la petite cavité paraissait provenir du pyosalpinx.

OBSERVATION VI (Thèse Théophilidis.)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Pyosalpinx. — Suppuration du kyste. — Ablation. — Mort.

A... J..., 28 ans, entre à l'hôpital pour douleurs vives dans le ventre.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, abondamment, pendant trois ou quatre jours avec quelques douleurs. Elle a souvent eu des pertes blanches et des caillots sanguins. Mariée à 18 ans, elle a eu trois accouchements à terme et normaux.

Depuis le dernier accouchement qui remonte à trois ans, douleurs fréquentes dans le flanc droit qui est un peu tuméfié. Les règles ont continué à être régulières, mais plus abondantes et durent de six à huit jours.

Il y a un mois, des douleurs violentes surviennent brusquement dans le côté droit du ventre et ne tardent pas à s'étendre à toute la région sous-ombilicale. Elles s'accompagnent de nausées, de constipation, de ballonnement. Cette poussée péritonitique dure dix jours, et alors on constate l'existence d'une

tumeur occupant la moitié inférieure droite du ventre, dépassant un peu la ligne médiane. Abdomen endolori, constipation, perte d'appétit.

A son entrée à l'hôpital, la malade est amaigrie, les pommettes rouges, d'aspect cachectique. Fièvre continue. Pouls à 100. Douleurs vives au niveau de la tumeur.

Le ballonnement, la sensibilité de l'abdomen rendent l'examen difficile. On sent pourtant une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'adulte, avec un peu d'ascite. L'utérus est mobile et en rétroversion. La tumeur occupe la moitié droite, sa partie supérieure dépassant l'ombilic. La partie interne dépasse de trois travers de doigt la ligne médiane. Sécrétion urinaire diminuée : 500 grammes d'urine avec 8 grammes d'urée totale.

Opération le 6 août. — Laparotomie. Adhérences avec intestin récentes, faciles à décoller, avec points purulents. L'épiploon adhère à la partie supérieure de la tumeur sur une surface de 5 à 7 centimètres carrés, rouge, avec îlots de pus. Une masse épiplœique du volume de deux poings, durcie par l'inflammation, est réséquée et extirpée avec la tumeur dont le pédicule, long de 6 centimètres, épais de 2, a subi une torsion complète. Toilette minutieuse du péritoine infecté depuis quelques semaines, comme le prouvent les lésions suppuratives ci-dessus décrites. Sutures. Drainage au Mickulicz. La malade succombe 24 heures après l'opération.

Examen de la pièce. — Poche à une seule loge à paroi plus ou moins épaisse selon les points. Dans son épaisseur existent de nombreuses plaques calcaires faisant saillie à sa face externe. La cavité est remplie de pus fétide, de matière sébacée et de poils. La face interne présente une plaque dure, d'aspect cartilagineux, dans laquelle s'implante une dent, ayant la forme d'une canine. Cette plaque a 2 centimètres d'épaisseur, 5 de long et 4 de large. Elle adhère solidement à du tissu fibreux, épais, mêlé de tissu adipeux.

La poche présente une perforation de 1 centimètre de long, de 2 millimètres de large, oblitérée par des adhérences épiplœiques. A ce niveau la trompe, remplie de pus, adhère à la fois à l'épiploon et à la paroi kystique. La partie interne de la trompe est épaissie, mousse, spiralée. Il est probable que l'in-

fection du kyste s'est faite par le pyosalpinx et que les accidents péritoniques survenus un mois et demi avant l'opération sont dus à l'action combinée de la torsion du kyste et de l'infection salpingienne.

OBSERVATION VII (Thèse de Jacquemaire.)

Kyste ovarique très adhérent. — Pyosalpinx double. — Extirpation du kyste, de l'utérus et ses annexes. — Guérison.

Malade de 30 ans, ayant maigri depuis plusieurs mois et présentant une masse tendue, fluctuante, avec les caractères d'un kyste ovarique.

Par le toucher vaginal, le doigt arrive sur un col fixé au milieu d'une masse occupant tout le bassin et ne permettant pas de distinguer ni l'utérus, ni les annexes, ni même ses relations avec le kyste abdominal.

Il y a deux ans, un médecin porta le diagnostic de fibrome utérin, ce qui prouve bien qu'il existait une masse pelvienne, laquelle représentait le kyste au début ou bien un pyosalpinx double entouré d'adhérences. Depuis un an, le ventre a grossi, la malade a continué à souffrir et maigrir.

Opération. — Laparotomie : on trouve un kyste à 3 poches formant la tumeur abdominale et une masse énorme comblant tout le bassin et représentée par un pyosalpinx double.

Ablation du kyste, de l'utérus et des annexes. Guérison.

OBSERVATION VIII (Thèse de Beaumelle.)

Pyosalpinx. — Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie. Guérison.

F... J..., 22 ans, entre à l'hôpital pour pertes blanches très abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion pulmonaire, mère morte d'un cancer abdominal.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans ; les règles apparaissent avec parfois 15 jours de retard. Elles durent huit

jours, sont très abondantes avec beaucoup de caillots. Dysménorrhée assez forte trois ou quatre jours avant les règles.

En janvier 1907, fausse-couche probable. En février, les règles redeviennent normales, abondantes, avec pertes blanches continuelles. Douleur à la miction. Les pertes étant par trop abondantes, la malade entre dans le service le 26 novembre.

Examen. — Paroi résistante. La palpation ne provoque aucune douleur.

Au toucher on sent un utérus en antéflexion. Le col, très gros, présente des œufs de Naboth. Il regarde en arrière dans le cul-de-sac postérieur. Cul-de-sac latéral droit libre, mais on y provoque de la douleur ; on y sent de plus un noyau induré qui fait penser à un petit fibrome du ligament large, attenant à l'utérus. Les autres culs-de-sac sont normaux.

Opération. — Laparotomie. A l'ouverture du ventre, l'utérus paraît rejeté à gauche par une masse qui occupe la région annexielle droite, adhérente partout, du volume d'une grosse mandarine. On saisit le fond de l'utérus avec une pince. On décolle le Douglas comblé par des adhérences. De dedans en dehors et de bas en haut on décolle la masse annexielle droite. Cette masse est retenue par le ligament infundibulo-pelvien très épaissi. On coupe le ligament entre deux pinces et on arrive à pédiculiser les annexes sur la corne utérine. Pendant cette manœuvre, un flot de pus jaillit sur les compresses très nombreuses. On se débarrasse immédiatement de cette masse annexielle. On essaie de décoller les annexes gauches en décollant de nombreuses adhérences. Ligature des utéro-ovariennes et utérines. On introduit un drain en T dans le vagin et on péritonise en se servant du rectum parce qu'il n'y a plus de péritoine en arrière.

Examen des pièces. — Utérus 8 centimètres. Le col, déchiré, est le siège d'une métrite cervicale chronique. Paroi interne épaissie et scléreuse.

Les annexes droites présentent un pyosalpinx. Trompe grosse comme le pouce remplie de pus. Muqueuse fongueuse, vascularisée, couverte de dépôts purulents. Ostium abdominale oblitéré par les adhérences des franges de l'ovaire gros comme un œuf et présentant des kystes folliculaires de la grosseur

d'une amande et un kyste hématique. Ovaire et trompe forment une masse intimement unie par des adhérences de pelvi-péritonite. Les annexes gauches présentent une trompe épaissie, tortueuse, perméable. L'ovaire est scléro-kystique avec kyste hématique renfermant un gros caillot.

Suites opératoires normales. Guérison.

CONCLUSIONS

- I. — La coexistence d'un kyste de l'ovaire et d'un pyosalpinx est assez rare.
- II. — Quand elle existe, la suppuration du kyste semble se produire dans 50 % des cas environ.
- III. — L'infection peut se faire par voie de contiguité à la faveur d'une effraction ou d'une fissuration de la paroi kystique ; mais, en général, les voies habituelles sont : la voie sanguine, la voie lymphatique et la voie des adhérences.
- IV. — Suivant l'étendue des lésions, le traitement sera l'oophoro-salpingectomie ou l'hystérectomie abdominale.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 Novembre 1928.

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

P. COUSIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURSIER. — Précis de Gynécologie.
- CABANIOLS. — Des kystes tubo-ovariens. (Thèse de Paris, 1900.)
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme (1891).
- DELCAU. — Salpingites tuberculeuses. (Thèse de Paris, 1921.)
- FERRAUD. — Kystes de l'ovaire compliquant les suites de couches. (Thèse de Paris, 1920.)
- FÉRAUD. — Kystes suppurés de l'ovaire. (Thèse de Bordeaux, 1897.)
- GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire (1873).
- GUYOT. — *Revue de Chirurgie de Bordeaux*, 1920.
- HAURAS. — Rupture des pyosalpinx. (Thèse de Paris, 1911.)
- JACQUEMAIRE. — Des adhérences secondaires dans les kystes de l'ovaire. (Thèse de Lille, 1905.)
- LE MOINE. — La suppuration des kystes de l'ovaire. (Thèse de Lyon, 1903.)
- LESNE. — Contribution à l'étude des kystes tubo-ovariens. (Thèse de Lille, 1901.)
- MARTIN. — Kystes tubo-ovariens. (Thèse de Montpellier, 1913.)
- MAUCLAIRE. — *Annales de Gynécologie*, 1904.
- MORDRET. — Etude des salpingo-ovarites. (Thèse Paris, 1890.)
- OLSTRAUSEN. — *Deutsche Chirurgie*, 1886.

PALMARO. — Suppuration des kystes de l'ovaire. (Thèse de Montpellier, 1905.)

PORRI. — Traité de Gynécologie.

RECLUS. — Traité de Gynécologie.

SERGUEEFF. — Suppuration des kystes de l'ovaire. (Thèse de Montpellier, 1903.)

THEOPHILIDIS. — Considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. (Thèse de Montpellier, 1902.)
